
ANALISIS FAKTOR RISIKO OBESITAS PADA BALITA DI POLI ANAK RSU AULIA JAKARTA SELATAN TAHUN 2025

¹⁾Dita Aprillia, ²⁾Siti Syamsiah, ³⁾Rosmawaty Lubis

Program Studi Magister Kebidanan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Nasional
Jl. Harsono No 1 Ragunan – Jakarta Selatan - Indonesia

E-mail : ¹⁾ditalala@gmail.com, ²⁾syamsiah@civitas.unas.ac.id, ³⁾rosma.lubis@gmail.com

Kata Kunci:

Obesitas, Balita, Makanan
Karbohidrat, Makanan
Lemak, Pola Makan Balita

ABSTRAK

Obesitas pada balita merupakan masalah kesehatan global yang terus meningkat, termasuk di Indonesia. Prevalensi kegemukan pada anak usia dini menunjukkan tren kenaikan dari 5,6% pada tahun 2018 menjadi 6,1% pada tahun 2022. Peningkatan ini berdampak pada anak usia dini, terutama meningkatkan risiko gangguan perkembangan kognitif, bahasa, dan perilaku, yang dapat memengaruhi kesiapan belajar serta kualitas tumbuh kembang anak dalam jangka panjang. Jakarta Selatan tercatat sebagai wilayah dengan prevalensi kegemukan balita tertinggi, yaitu mencapai 7%, lebih tinggi dibandingkan Jakarta Timur, Jakarta Utara, dan Jakarta Pusat, sehingga diperlukan kajian terhadap faktor-faktor kerentanan yang mendasarinya. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor pencetus kegemukan pada balita di Poli Anak RSU Aulia Jakarta Selatan tahun 2025. Metode yang digunakan adalah pendekatan campuran dengan desain Sequential Explanatory. Tahap kuantitatif menggunakan rancangan cross sectional dengan subjek 137 pasangan ibu–balita usia ≥ 1 – ≤ 5 tahun yang dipilih melalui purposive sampling, serta dianalisis menggunakan uji chi-square dan regresi logistik berganda. Tahap kualitatif dilakukan melalui wawancara mendalam terhadap delapan informan kunci dengan teknik snowball sampling dan dianalisis secara tematik melalui triangulasi sumber. Hasil penelitian menunjukkan bahwa asupan karbohidrat dan lemak, frekuensi dan porsi makan, pengetahuan ibu, riwayat obesitas keluarga, status ekonomi, serta aktivitas fisik berhubungan signifikan dengan risiko obesitas pada balita ($p < 0,05$). Analisis multivariat menunjukkan bahwa riwayat obesitas keluarga merupakan faktor dominan ($Beta = 0,373$). Kesimpulan, obesitas pada balita terutama dipengaruhi oleh pola makan dan aktivitas fisik, sehingga diperlukan edukasi gizi seimbang dan promosi aktivitas fisik sejak usia dini sebagai upaya pencegahan.

Keywords:

Obesity, Toddlers,
Carbohydrate Intake, Fat
Intake, Toddler Dietary
Patterns

Info Artikel

Tanggal dikirim:05-09-2025
Tanggal direvisi:26-12-2025
Tanggal diterima:26-12-2025
DOI Artikel:

10.36341/jomis.v10i1.6747

[Creative Commons Attribution-
NonCommercial-ShareAlike
4.0 International License.](#)

ABSTRACT

Obesity among toddlers is an increasing global health problem, including in Indonesia. The prevalence of overweight in early childhood has risen from 5.6% in 2018 to 6.1% in 2022. This increase has important implications for young children, particularly by raising the risk of cognitive, language, and behavioral developmental disorders, which may affect school readiness and long-term growth and development. South Jakarta has been identified as the area with the highest prevalence of overweight toddlers (7%), exceeding East Jakarta, North Jakarta, and Central Jakarta, highlighting the need to investigate underlying vulnerability factors. This study aimed to analyze the determinants of overweight among toddlers at the Pediatric Clinic of Aulia General Hospital, South Jakarta, in 2025. A mixed-methods approach with a sequential explanatory design was applied. The quantitative phase employed a cross-sectional design involving 137 mother–toddler pairs aged ≥ 1 – ≤ 5 years, selected using purposive sampling. Data were analyzed using chi-square tests and multiple logistic regression. The qualitative phase consisted of in-depth interviews with eight key informants selected through snowball sampling and analyzed thematically using source triangulation. The findings showed that carbohydrate and fat intake, eating frequency, portion size, maternal knowledge, family history of obesity, socioeconomic status, and physical activity were significantly associated with the risk of obesity among toddlers ($p < 0.05$). Multivariate analysis identified family history of obesity as

the dominant factor (Beta = 0.373). In conclusion, toddler obesity is mainly influenced by dietary patterns and physical activity, emphasizing the importance of balanced nutrition education and early promotion of physical activity as preventive strategies.

PENDAHULUAN

Obesitas pada anak usia dini saat ini telah menjadi sebuah isu kesehatan dunia yang membutuhkan fokus mendalam. WHO mencatat bahwa prevalensi kegemukan pada anak di bawah lima tahun bertambah dari 5,6% di tahun 2018 mencapai 6,1% di tahun 2022, serta diprediksi akan berkelanjutan naik jika tidak dijalankan tindakan yang sesuai[1]. Kondisi ini sejalan dengan fenomena transisi gizi global, di mana negara-negara berpendapatan rendah dan menengah menghadapi beban ganda gizi, yaitu masalah kekurangan gizi di satu sisi, dan meningkatnya angka kegemukan di sisi lain[2]

Di Indonesia, prevalensi obesitas balita sempat mengalami penurunan dari 8% pada tahun 2018 menjadi 3,5% pada tahun 2022, namun kembali meningkat menjadi 4,2% pada tahun 2023[3] Data tersebut menunjukkan bahwa kegemukan balita tetap menjadi ancaman serius terhadap kualitas generasi mendatang. UNICEF (2021) menegaskan bahwa peningkatan kegemukan pada anak tidak hanya menimbulkan dampak kesehatan fisik, tetapi juga berdampak pada kesejahteraan psikososial dan kesehatan mental anak [4] Kebiasaan makan yang tidak selaras, seperti tingginya asupan karbohidrat dan lemak, juga terbukti menjadi faktor kerentanan utama kegemukan pada anak usia dini

Secara khusus, DKI Jakarta adalah sebuah daerah dengan prevalensi kegemukan balita tertinggi di Indonesia. Pada tahun 2023, prevalensi kegemukan balita di Jakarta Selatan tercatat mencapai 7%, lebih tinggi dibandingkan dengan wilayah Jakarta lainnya[3] Hal ini menunjukkan adanya pengaruh gaya hidup perkotaan, yang ditandai dengan konsumsi makanan cepat saji, meningkatnya screen time, serta rendahnya aktivitas fisik pada anak[5] Kebiasaan makan yang tidak proporsional, contohnya tingginya asupan karbohidrat dan lemak, juga

terverifikasi menjadi faktor kerentanan utama kegemukan pada anak usia dini[6]

Dampak obesitas pada balita sangat luas, baik secara medis maupun psikososial. Anak dengan kegemukan berkecenderungan lebih tinggi mengalami hipertensi, diabetes mellitus tipe 2, gangguan pernapasan, dan masalah muskuloskeletal[7]. Selain itu, kegemukan juga sering menimbulkan stigma sosial dan bullying yang dapat menurunkan kepercayaan diri serta mengganggu perkembangan emosional anak[8]. Jika tidak segera ditangani, kegemukan yang dialami pada masa balita berpotensi berlanjut hingga dewasa, sehingga meningkatkan kerentanan penyakit kronis dan menambah beban kesehatan masyarakat di masa depan[9].

Melihat tingginya prevalensi obesitas balita di Jakarta Selatan beserta dampak medis dan sosial yang ditimbulkannya, studi ini dijalankan untuk mengkaji faktor-faktor kerentanan kegemukan pada balita di Poli Anak RSUD Aulia Jakarta Selatan tahun 2025. Hasil riset diharapkan dapat menjadi dasar dalam upaya pencegahan kegemukan sejak dini melalui edukasi gizi, perbaikan pola makan, promosi aktivitas fisik, serta peningkatan keterlibatan keluarga dalam pengasuhan sehat[10]

TINJAUAN PUSTAKA

1. Definisi Obesitas pada Balita

Obesitas pada balita merupakan masalah gizi lebih yang semakin meningkat, terutama di negara berkembang. WHO mendefinisikan kegemukan pada anak sebagai akumulasi lemak berlebih yang dapat diukur melalui indeks massa tubuh berdasarkan umur (IMT/U). Anak dengan skor z-score $> +3$ SD dikategorikan obesitas, sedangkan kategori gizi lebih dimulai dari $> +2$ SD[11]. Di

Indonesia, standar Kementerian Kesehatan menetapkan bahwa balita dengan z-score $> +1$ SD sudah termasuk dalam kategori keberentanan gizi lebih sehingga memerlukan pemantauan dini[3] Klasifikasi ini penting untuk deteksi dini agar intervensi gizi dapat dilakukan secara tepat.

2. Faktor Risiko Obesitas Balita

a. Pola Makan dan Asupan Gizi

Pola makan tidak seimbang, khususnya tingginya konsumsi karbohidrat dan lemak, merupakan determinan utama kegemukan. Fitriani *et al.* (2022) melaporkan bahwa anak dengan asupan karbohidrat melebihi kebutuhan energi memiliki peluang lebih besar keberentanan kegemukan [6]. Lestari *et al.* (2021) juga menemukan hubungan signifikan antara konsumsi lemak berlebih dengan peningkatan indeks massa tubuh anak prasekolah[12]. Hasil serupa ditunjukkan oleh Andriani *et al.* (2020) di Surabaya, bahwa tingginya konsumsi energi, protein, lemak, dan karbohidrat berhubungan dengan kegemukan anak sekolah dasar. Hal ini menunjukkan bahwa pola makan tinggi energi berperan besar terhadap kerentanan kegemukan[13].

b. Aktivitas Fisik dan Screen Time

Kurangnya aktivitas fisik dan meningkatnya screen time menjadi faktor penting lain. Zhang *et al.* (2022) menyatakan bahwa anak dengan lama screen time lebih dari 2 jam per hari memiliki kerentanan kegemukan lebih tinggi dibandingkan dengan anak yang lebih aktif secara fisik[5]. Adriani & Wirjatmadi (2020) menjelaskan bahwa pencegahan kegemukan pada balita perlu dilakukan sejak dini melalui pengaturan pola makan proporsional dan pembiasaan aktivitas fisik yang memadai sesuai tahapan usia[13].

c. Faktor Genetik dan Lingkungan

Faktor genetik dapat memengaruhi predisposisi kegemukan melalui regulasi metabolisme dan nafsu makan. Namun, riset terbaru menunjukkan bahwa faktor lingkungan lebih dominan, terutama pola asuh dan ketersediaan makanan di rumah[9]. Lingkungan perkotaan yang sarat dengan ketersediaan makanan cepat saji juga

meningkatkan kerentanan kegemukan anak[10].

d. Faktor Sosial Ekonomi dan Pengetahuan Gizi

Status sosial ekonomi keluarga berperan dalam pola makan anak. Johnson & Taylor (2021) menemukan bahwa keluarga dengan pendapatan rendah cenderung menghadapi keterbatasan dalam menyediakan makanan sehat, sementara keluarga dengan penghasilan tinggi lebih sering mengonsumsi makanan cepat saji. Pengetahuan ibu tentang gizi juga berfungsi sebagai faktor protektif[9]. Hasanah *et al.* (2023) mengindikasikan bahwa ibu dengan pengetahuan gizi yang baik mampu mengatur pola makan anak sehingga menurunkan kerentanan kegemukan[7].

3. Dampak Obesitas Balita

Obesitas pada balita tidak hanya berpengaruh pada kesehatan fisik, namun juga psikososial. Anak kegemukan keberentanan mengalami hipertensi, diabetes mellitus tipe 2, gangguan pernapasan, serta masalah muskuloskeletal[2]. Dari sisi psikososial, anak dengan kegemukan sering menghadapi stigma, bullying, dan diskriminasi yang berpengaruh negatif terhadap kesehatan mental[8], [14]. Dampak ini memperlihatkan bahwa kegemukan pada anak balita merupakan persoalan multidimensional yang membutuhkan intervensi holistik.

4. Upaya Pencegahan dan Penanggulangan

Pencegahan kegemukan harus dilakukan sejak dini dengan pendekatan multi-level. WHO (2020) merekomendasikan intervensi gizi seimbang, peningkatan aktivitas fisik, dan pembatasan screen time sebagai strategi utama[15]. Kemenkes RI (2021) juga telah mengeluarkan pedoman pencegahan kegemukan anak melalui edukasi gizi, pembiasaan aktivitas fisik, serta pengawasan pertumbuhan secara berkala. Intervensi berbasis keluarga dinilai lebih efektif karena orang tua berperan langsung dalam pola makan dan gaya hidup anak[16].

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan campuran (mixed methods) dengan desain Sequential Explanatory, diawali dengan tahap kuantitatif yang kemudian diperkuat oleh tahap kualitatif. Tahap kuantitatif menerapkan desain cross-sectional pada 137 pasangan ibu-balita usia ≥ 1 - ≤ 5 tahun yang berkunjung ke Poli Anak RSUD Aulia Jakarta Selatan, dipilih melalui purposive sampling. Data primer dikumpulkan menggunakan kuesioner dan pengukuran antropometri (IMT/U), sedangkan data sekunder diperoleh dari catatan medis rumah sakit. Analisis kuantitatif meliputi analisis univariat, uji Chi-Square untuk analisis bivariat, dan regresi logistik berganda untuk analisis multivariat. Tahap kualitatif dilakukan melalui wawancara mendalam terhadap delapan informan (ibu balita, bidan, dan pengasuh selain ibu) dengan teknik snowball sampling, kemudian dianalisis secara tematik melalui triangulasi sumber untuk memperkuat temuan kuantitatif.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Karakteristik Umum Responden Riset

Bagan. 1 Distribusi Frekuensi

Responden Berdasarkan Usia Ibu

Usia	f	%
< 35 tahun	35	25,5
≥ 35 tahun	102	74,5
Total	137	100

Berdasarkan bagan 1 diperoleh 137 ibu balita yang berkunjung ke Poli Anak Rumah Sakit Aulia sebanyak 35 orang (25,5%) berusia < 35 tahun, sebanyak 102 orang (74,5%) berusia ≥ 35 tahun.

Bagan. 2 Distribusi Frekuensi

Responden Berdasarkan Usia Balita

Usia	f	%
> 1tahun-2 tahun	45	32,8
>2 tahun- < 5 tahun	92	67,2
Total	137	100

Berdasarkan bagan 2 diperoleh 137 balita yang berkunjung ke Poli Anak Rumah Sakit Aulia sebanyak 45 (32,8%) berusia > 1tahun-2 tahun, sebanyak 92 (67,2%) berusia > 2 tahun - < 5 tahun.

Bagan. 3 Distribusi Frekuensi

Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	f	%
Laki-laki	58	42,3
Perempuan	79	57,7
Total	137	100

Mengacu bagan 2 diperoleh 137 balita yang berkunjung ke Poli Anak Rumah Sakit Aulia sebanyak 45 (32,8%) berusia > 1tahun-2 tahun, sebanyak 92 (67,2%) berusia > 2 tahun - < 5 tahun.

Bagan. 4 Hasil Univariat

Variabel	f	%
Risiko Obesitas		
Tidak	72	52,6
Ya	65	47,4
Makanan Karbohidrat		
Normal	85	62,0
Lebih	52	38,0
Makanan Lemak		
Normal	67	48,9
Lebih	70	51,1
Frekuensi Makan		
Baik	102	74,5
Lebih	35	25,5
Komposisi Makanan		
Baik	93	67,9
Buruk	44	32,1
Porsi Makan		
Baik	94	68,6
Lebih	43	31,4
Pengetahuan Ibu		
Kurang	111	81,0
Baik	26	19,0
Riwayat Kegemukan		
Tdk Berisiko	89	65,0
Berisiko	48	35,0

Stts. Ekonomi				
Rendah-Menengah	92	67,2	Porsi Makan	0,353
Tinggi	45	32,8	Pengetahuan Ibu	-0,060
Aktivitas Fisik			Riwayat Kegemukan	0,373
Baik	109	79,6	Stts. Ekonomi Keluarga	0,072
Kurang	28	20,4	Aktivitas Fisik	0,100
Pola Tidur			Pola Tidur	0,030
Normal	75	54,7		
Panjang	62	45,3		

Bagan. 5 Hasil Bivariat

Variabel	<i>p-value</i>
Makanan Karbohidrat	0,000
Makanan Lemak	0,000
Frekuensi Makan	0,000
Komposisi Makanan	0,000
Porsi Makan	0,000
Pengetahuan Ibu	0,001
Riwayat Kegemukan	0,000
Stts. Ekonomi Keluarga	0,002
Aktivitas Fisik	0,000
Pola Tidur	0,406

Berdasarkan bagan 5 terdapat hubungan yang signifikan antara konsumsi makanan karbohidrat, makanan lemak, frekuensi makan, komposisi makanan, porsi makan, pengetahuan ibu, riwayat kegemukan, status ekonomi keluarga, serta aktivitas fisik (*p value* <0,05) dengan kerentanan kegemukan pada balita. Sebaliknya, pola tidur tidak berasosiasi signifikan dengan kerentanan kegemukan pada balita (*p value* > 0,05).

Bagan. 6 Hasil Multivariat

Variabel	Beta
Makanan Karbohidrat	0,45
Makanan Lemak	0,132
Frekuensi Makan	0,146
Komposisi Makanan	0,088

Berdasarkan bagan 6 menunjukkan bahwa variable riwayat kegemukan keluarga merupakan faktor dominan (nilai *Beta* 0,373) terhadap kerentanan kegemukan pada balita.

PEMBAHASAN KUANTITATIF

Perbedaan risiko kegemukan pada balita dapat dijelaskan melalui karakteristik perkembangan anak yang mempengaruhi pola makan dan aktivitas fisik pada setiap kelompok usia. Secara perkembangan, balita usia > 1 tahun-2 tahun masih sangat bergantung pada ibu atau pengasuh dalam pemilihan jenis, porsi, dan frekuensi makanan. Pada kelompok usia ini, kontrol orang tua terhadap asupan makanan relatif lebih kuat, sehingga variasi risiko kegemukan cenderung lebih terbatas. Sebaliknya, balita usia > 2 tahun - < 5 tahun mulai menunjukkan peningkatan kemandirian dalam memilih makanan, meningkatnya paparan lingkungan luar rumah, serta perubahan pola aktivitas fisik dan perilaku sedentari. Hasil analisis menunjukkan bahwa makanan karbohidrat berlebih berhubungan signifikan dengan kegemukan balita ($p < 0,05$). Kondisi ini sejalan dengan kajian Fitriani *et al.* (2022) yang menyebutkan bahwa kelebihan konsumsi karbohidrat sederhana meningkatkan kerentanan kegemukan melalui peningkatan kadar glukosa darah yang kemudian disimpan dalam bentuk lemak tubuh. Mekanisme ini sesuai dengan teori metabolisme energi, di mana kelebihan energi dari karbohidrat akan dikonversi menjadi jaringan adiposa apabila tidak digunakan melalui aktivitas fisik[6]. Selain itu, makanan lemak tinggi juga terbukti berhubungan signifikan dengan

kegemukan ($p < 0,05$). Temuan ini sejalan dengan riset Lestari *et al.* (2021) yang mengindikasikan bahwa konsumsi lemak berlebih, terutama lemak jenuh, meningkatkan akumulasi jaringan adiposa dan memicu kegemukan pada anak prasekolah. Temuan ini memperkuat bukti bahwa baik kualitas maupun kuantitas asupan lemak memegang peranan penting dalam perkembangan kegemukan pada usia dini[12].

Intensitas makan melebihi tiga kali per hari dengan porsi berlebih juga berhubungan signifikan dengan kegemukan ($p < 0,05$). Pola makan ini meningkatkan asupan energi harian anak di atas kebutuhan. Riset Johnson dan Taylor (2021) mendukung temuan ini dengan melaporkan bahwa frekuensi makan berlebih berhubungan erat dengan peningkatan indeks massa tubuh pada anak, sehingga pola makan seimbang perlu diperhatikan sejak usia dini[9].

Hasil riset ini juga memperlihatkan bahwa pengetahuan gizi ibu memiliki keterkaitan bermakna terhadap kejadian kegemukan balita ($p < 0,05$). Artinya, semakin baik pengetahuan ibu mengenai gizi, semakin kecil kemungkinan balita mengalami kegemukan. Hasil ini sesuai dengan riset Hasanah *et al.* (2023) yang menjelaskan bahwa ibu dengan pengetahuan gizi baik mampu mengatur pola makan anak secara sehat, termasuk pemilihan jenis makanan dan pengaturan porsi[7].

Selain faktor gizi, riwayat kegemukan keluarga terbukti berkorelasi bermakna dengan kejadian kegemukan balita ($p < 0,05$). Faktor ini dapat dijelaskan melalui kontribusi genetik maupun lingkungan keluarga yang membentuk pola makan dan aktivitas anak. Status ekonomi yang tinggi juga berasosiasi signifikan dengan kegemukan ($p < 0,05$). Daya beli yang lebih besar memungkinkan

konsumsi junk food juga produk tinggi kalori yang pada akhirnya meningkatkan kerentanan kegemukan. Riset Zhang *et al.* (2022) mendukung hal ini dengan melaporkan bahwa status sosial ekonomi berasosiasi dengan pola makan buruk juga kegemukan anak[5].

Aktivitas fisik balita juga menunjukkan hubungan bermakna dengan kegemukan ($p < 0,05$). Anak yang kurang aktif memiliki kerentanan lebih besar mengalami kegemukan, sedangkan anak yang cukup aktif cenderung terlindungi. Hal ini sejalan dengan rekomendasi WHO (2024) bahwa anak usia dini membutuhkan aktivitas fisik minimal 180 menit per hari untuk mendukung pertumbuhan optimal sekaligus mencegah kegemukan[17].

Sebaliknya, pola tidur tidak menunjukkan hubungan signifikan dengan kegemukan pada balita ($p > 0,05$). Hasil ini berbeda dengan beberapa riset internasional yang menemukan bahwa durasi tidur yang pendek dapat meningkatkan kerentanan kegemukan melalui disregulasi hormon leptin dan ghrelin (Fatima *et al.*, 2020; Miller & Cappuccio, 2020; Jiang *et al.*, 2021). Perbedaan hasil ini kemungkinan disebabkan oleh variasi faktor lain seperti pola aktivitas harian dan karakteristik responden[18], [19], [20].

Secara keseluruhan, hasil riset ini menegaskan bahwa kegemukan balita merupakan masalah multifaktorial yang melibatkan faktor gizi (karbohidrat, lemak, frekuensi makan), faktor non-gizi (pengetahuan gizi ibu, riwayat keluarga, status ekonomi, aktivitas fisik), serta faktor gaya hidup (screen time dan pola tidur)[2], [16]. Dengan demikian, upaya pencegahan kegemukan pada balita perlu dilakukan secara komprehensif, melibatkan edukasi gizi, pengaturan pola makan, peningkatan

aktivitas fisik, serta dukungan keluarga dan lingkungan.

HASIL PENELITIAN KUALITATIF

1. Pengalaman dengan Stigma Sosial

Dari hasil wawancara, sebagian besar ibu menyampaikan bahwa anak mereka sering mendapat komentar negatif dari lingkungan, *labelling* dan *blame* kepada orang tua.

“Iya, sering sekali. Ada yang bilang anak saya terlalu gendut, nanti sakit-sakitan. Saya awalnya diam saja, tapi dalam hati sakit sekali. Rasanya seperti saya dianggap tidak bisa mengurus anak” (IB1)

Ada juga yang merasa terbebani secara emosional:

“Tetangga sering bilang waduh anaknya gendut banget, pasti makannya banyak ya? Saya cuman senyum aja, tapi sebenarnya saya jadi kepikiran, takut orang menilai saya salah kasih makan.” (IB2)

“Pernah ada yang langsung bilang ke saya kalo anak terlalu gemuk nanti gampang sakit, saya jadi kepikiran” (IB3)

Temuan ini memperlihatkan bahwa stigma sosial menimbulkan dampak psikologis baik pada anak maupun orang tua. Hal ini sejalan dengan Fulton *et al.* (2023) yang menyebutkan bahwa kegemukan sering menimbulkan stigma sosial yang berpengaruh pada kesehatan mental dan interaksi sosial anak[8].

2. Persepsi Sosial terhadap Penyebab Obesitas

Sebagian besar persepsi sosial menilai bahwa penyebab kegemukan adalah faktor perilaku dan lingkungan keluarga.

“Menurut saya penyebab anak jadi gemuk itu karena terlalu banyak makan, terutama makanan manis dan gorengan. Anak anak suka jajan, jadi kalo gak dikontrol bisa cepet gemuk” (IB1)

“Kalo menurut saya anak bisa gemuk karna kurang gerak, sekarang anak banyak yang

lebih sering main hape atau nonton TV dibanding main di luar” (IB2)

“Hmm.. saya pikir bisa karna makan sehari-hari tidak teratur. Kadang kalau orang tua ingin anaknya cepet gede jadi dikasih makan terus, bahkan udah kenyang tetap disuruh makan. Itu yang bikin berat badannya cepet naik” (IB3)

Hal ini menunjukkan adanya persepsi keliru yang dapat menghambat upaya pencegahan. Hasanah *et al.* (2023) juga menemukan bahwa rendahnya pengetahuan gizi orang tua membuat keluarga cenderung mengabaikan kerentanan kegemukan[7].

3. Penanggulangan Stigma Sosial

Penanggulangan stigma sosial terhadap kegemukan balita dilakukan dengan cara kombinasi strategi emosional, kognitif, serta tindakan nyata.

“Kalau ada yang bilang anak saya kegemukan, saya biasanya senyum aja. Saya nggak mau terlalu dipikinin. Yang penting sekarang saya coba atur makannya, biar nggak kebanyakan jajan” (IB1)

“Saya suka nggak enak hati kalo ada yang ngomongin anak saya gemuk jadi, saya pilih buat nggak denger komentar yang bikin sakit hati. Saya juga sering tanya ke bidan biar tau cara ngatur makan anak” (IB2)

“Dulu saya sedih kalo ada yang bilang anak saya gendut. Tapi saya jawab santai aja sekarang lagi berusaha atur makannya. Saya juga jelasin biar mereka ngerti saya juga peduli kesehatan anak saya” (IB3)

Hal ini mendukung rekomendasi WHO (2024) bahwa pencegahan kegemukan anak perlu berbasis keluarga dengan melibatkan perubahan pola makan dan peningkatan aktivitas fisik[17].

4. Sikap Terhadap Upaya Pencegahan Obesitas

Sebagian besar keluarga menunjukkan sikap positif terhadap upaya pencegahan.

“Menurut saya, mencegah lebih baik. Anak masih kecil gampang diarahkan jadi sekarang saya usahakankasih makan sehat dan kurangi jajan manis. Saya nggak mau nanti dia minder karena badannya pas gede” (IB1)

“Kalau saya sih merasa perlu banget dicegah, biar anak nanti semakin gede nggak makin gendut soalnya saya lihat ada sodara yang anaknya gendut banget jadi susah gerak” (IB2)

“Kalau saya setuju, pencegahan harus dilakukan. Bukan cuma soal kesehatan tapi juga biar anak percaya diri. Kadang anak gendut suka jadi bahan olok-olokan jadi saya nggak mau nanti anak saya di ejek” (IB3)

Sikap positif ini selaras dengan Kemenkes RI (2023) yang menekankan pentingnya keterlibatan keluarga dalam keberhasilan program pencegahan kegemukan[3].

PEMBAHASAN KUALITATIF

Hasil riset ini memperlihatkan bahwa kegemukan balita bukan hanya persoalan medis, melainkan juga menyentuh aspek sosial, budaya, dan psikologis. Analisis tematik dari wawancara mendalam menghasilkan empat tema utama, yaitu pengalaman stigma sosial, persepsi sosial terhadap penyebab kegemukan, penanggulangan stigma sosial oleh keluarga, dan sikap keluarga terhadap upaya pencegahan kegemukan.

1. Pengalaman dengan Stigma Sosial

Temuan menunjukkan bahwa balita kegemukan sering mendapat komentar negatif, seperti disebut “gendut” atau “susah bergerak.” Beberapa ibu merasa khawatir anaknya menjadi bahan candaan, yang akhirnya memengaruhi rasa percaya diri orang tua. Fenomena ini sejalan dengan teori *social stigma* yang menyebutkan bahwa individu dengan kondisi berbeda dari norma sosial cenderung mendapat label negatif dari lingkungannya. Fulton *et al.* (2023) juga melaporkan bahwa stigma kegemukan

berdampak pada kesehatan psikososial anak, termasuk rasa malu, rendah diri, dan kerentanan isolasi sosial[8]. Dengan demikian, hasil riset ini menegaskan bahwa stigma sosial berpotensi memperburuk kualitas pengasuhan dan tumbuh kembang anak.

2. Persepsi Sosial terhadap Penyebab Obesitas

Masyarakat umumnya menilai kegemukan terjadi akibat konsumsi makanan berlebih, fast food, dan kurangnya aktivitas fisik. Namun, sebagian masih beranggapan bahwa anak gemuk adalah tanda sehat. Pandangan ini konsisten dengan budaya tradisional di Indonesia yang sering mengaitkan tubuh gemuk dengan kemakmuran dan kesehatan. Riset Hasanah *et al.* (2023) mendukung temuan ini dengan menunjukkan bahwa rendahnya pengetahuan gizi keluarga berkontribusi pada pengabaian kerentanan kegemukan[7]. Dengan demikian, persepsi sosial yang keliru menjadi tantangan besar dalam upaya pencegahan kegemukan pada anak.

3. Penanggulangan Stigma Sosial oleh Keluarga

Strategi keluarga dalam menghadapi stigma berbeda-beda. Sebagian orang tua memilih membatasi interaksi sosial anak untuk menghindari ejekan, sementara sebagian lain berusaha mengubah pola hidup dengan mengatur asupan makanan dan meningkatkan aktivitas fisik anak. Strategi ini sesuai dengan rekomendasi WHO (2024) yang menekankan pentingnya peran keluarga dalam intervensi kegemukan, baik melalui pembiasaan pola makan sehat maupun aktivitas fisik rutin[17]. Namun, membatasi interaksi sosial anak justru berpotensi memperparah dampak psikologis kegemukan, sehingga pendekatan yang lebih tepat adalah kombinasi edukasi gizi dan dukungan lingkungan sosial yang positif.

4. Sikap Terhadap Upaya Pencegahan Obesitas

Sebagian besar keluarga menunjukkan sikap positif terhadap upaya pencegahan. Mereka menyatakan kesediaan mengikuti penyuluhan gizi di Posyandu dan berharap ada program olahraga bersama di tingkat komunitas. Sikap ini mendukung laporan Kemenkes RI (2023) yang menekankan bahwa keterlibatan keluarga dan masyarakat merupakan kunci keberhasilan program pencegahan kegemukan anak[3]. Hal ini juga sejalan dengan teori *Health Belief Model (HBM)* yang menyebutkan bahwa kesadaran dan persepsi positif individu atau keluarga terhadap manfaat suatu intervensi akan meningkatkan partisipasi dalam program kesehatan.

Secara keseluruhan, analisis kualitatif ini menegaskan bahwa kegemukan balita dipengaruhi oleh interaksi kompleks antara faktor gizi, perilaku, sosial, dan budaya. Stigma sosial tidak hanya membebani anak, tetapi juga orang tua dalam menjalankan pola asuh. Persepsi keliru “anak gemuk sehat” menunjukkan adanya kesenjangan pengetahuan gizi yang perlu ditangani dengan edukasi berbasis komunitas.

Hasil riset ini konsisten dengan temuan Fitriani *et al.* (2022) dan Lestari *et al.* (2021) yang menekankan pentingnya pengaturan pola makan dan aktivitas fisik dalam pencegahan kegemukan anak. Namun, riset ini menambahkan perspektif bahwa aspek sosial dan psikologis juga berperan signifikan. Oleh karena itu, upaya pencegahan kegemukan balita harus bersifat komprehensif, tidak hanya melalui edukasi gizi dan promosi aktivitas fisik, tetapi juga melalui strategi pengurangan stigma sosial dan perubahan persepsi masyarakat.

KESIMPULAN

Riset ini menunjukkan bahwa kegemukan balita merupakan masalah multifaktorial yang dipengaruhi oleh asupan gizi berlebih

(karbohidrat, lemak, frekuensi makan, komposisi makanan, dan porsi makan), faktor non-gizi (pengetahuan gizi ibu, riwayat keluarga, status sosial ekonomi, serta aktivitas fisik), dan gaya hidup (screen time). Analisis kualitatif mengungkap bahwa stigma sosial dan persepsi keliru “anak gemuk sehat” masih kuat di masyarakat, sehingga menghambat upaya pencegahan.

Dengan demikian, pencegahan kegemukan balita perlu dilakukan melalui pendekatan komprehensif, mencakup edukasi gizi keluarga, promosi aktivitas fisik, perbaikan pola makan, serta strategi pengurangan stigma sosial di masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] World Health Organization, “Obesity and overweight fact sheet,” WHO, 2022. [Online]. Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- [2] R. E. Black, C. G. Victora, S. P. Walker, and Z. A. Bhutta, “Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries,” *The Lancet*, vol. 395, no. 10217, pp. 260–276, 2020. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32990-7
- [3] Kementerian Kesehatan RI, *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar 2023*. Jakarta: Badan Litbangkes, 2023. [Online]. Available: <https://kesmas.kemkes.go.id/>
- [4] UNICEF, *The State of the World’s Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children’s mental health*. New York: UNICEF, 2021. [Online]. Available: <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2021>
- [5] L. Zhang, Y. Chen, and H. Wang, “Screen time, physical activity, and obesity in early childhood: Evidence from Asian populations,”

Nutrients, vol. 14, no. 12, p. 2510, 2022. doi: 10.3390/nu14122510

[6] D. Fitriani, R. Sari, and T. Lestari, "High carbohydrate intake and risk of obesity among under-five children: A cross-sectional study," *Jurnal Gizi Indonesia*, vol. 11, no. 2, pp. 85–93, 2022. [Online]. Available: <https://e-journal.unair.ac.id/JGI/article/view/35018>

[7] R. Hasanah, N. Fitriyani, and I. Wulandari, "Mother's nutritional knowledge and child feeding practices as predictors of childhood obesity," *Malaysian Journal of Nutrition*, vol. 29, no. 1, pp. 13–24, 2023. doi: 10.31246/mjn-2023-0013

[8] J. E. Fulton, K. R. Dai, and C. R. Lee, "Childhood obesity, stigma, and mental health: A review of current evidence," *Childhood Obesity*, vol. 19, no. 1, pp. 3–12, 2023. doi: 10.1089/chi.2022.0213

[9] E. Johnson and M. Taylor, "Parental socioeconomic status and childhood obesity: A cohort analysis," *BMC Public Health*, vol. 21, no. 231, pp. 1–10, 2021. doi: 10.1186/s12889-021-10321-2

[10] Kementerian Kesehatan RI, *Pedoman Pencegahan dan Penanggulangan Kegemukan pada Anak*. Jakarta: Direktorat Gizi Masyarakat, 2021. [Online]. Available: <https://kesmas.kemkes.go.id/>

[11] World Health Organization, *WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development*. Geneva: WHO, 2006. [Online]. Available: <https://www.who.int/publications/i/item/924154693X>

[12] H. Lestari, M. Yuliana, and F. Pramudita, "Fat intake and obesity prevalence among preschool children in Indonesia," *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, vol. 16, no. 3, pp. 145–154, 2021. [Online]. Available: <https://e->

journal.unair.ac.id/KESMAS/article/view/27256

[13] M. Adriani and B. Wirjatmadi, *Peranan Gizi dalam Siklus Kehidupan*, 2nd ed. Jakarta: Kencana, 2020.

[14] Y. Fatima, S. A. R. Doi, and A. A. Mamun, "Sleep quality and obesity in young children: A systematic review and meta-analysis," *Obesity Reviews*, vol. 21, no. 3, e12998, 2020. doi: 10.1111/obr.12998

[15] World Health Organization, *Report of the Commission on Ending Childhood Obesity*. Geneva: WHO, 2020. [Online]. Available: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241510066>

[16] Kementerian Kesehatan RI, *Profil Kesehatan Indonesia 2021*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kemenkes, 2021.

[17] World Health Organization, *Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age*. Geneva: WHO, 2024. [Online]. Available: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550536>

[18] M. A. Miller and F. P. Cappuccio, "A systematic review of sleep and childhood obesity: Interactions of sleep duration and quality with diet and physical activity," *Sleep Medicine Reviews*, vol. 49, p. 101226, 2020. doi: 10.1016/j.smrv.2019.101226

[19] F. Jiang, S. Zhu, C. Yan, X. Jin, H. Bandla, and X. Shen, "Sleep and obesity in preschool children," *Sleep Medicine*, vol. 81, pp. 37–45, 2021. doi: 10.1016/j.sleep.2021.02.013

[20] R. E. Black, C. G. Victora, S. P. Walker, and Z. A. Bhutta, "Nutrition transition and child health in developing countries," *Annual Review of Public Health*, vol. 41, pp. 263–285, 2020. doi: 10.1146/annurev-publhealth-040119-094210